



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE
PACIENTE CON EXTRUSIÓN Y PERIODONTO
REDUCIDO, REPORTE DE CASO CLÍNICO**

**PRESENTADO POR
CARLOS ROGELIO MILIAN MONDRAGON**

**ASESOR
MG. CD. SANDRO RENATO NUÑEZ VILLANUEVA**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA**

**CHICLAYO – PERÚ
2024**



CC BY-NC-ND

Reconocimiento – No comercial – Sin obra derivada

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

Facultad de
Odontología

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL:

**REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE PACIENTE CON
EXTRUSIÓN Y PERIODONTO REDUCIDO, REPORTE DE CASO
CLÍNICO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTADO POR:

BACH. CARLOS ROGELIO MILIAN MONDRAGON

ASESOR:

MG. CD. SANDRO RENATO NUÑEZ VILLANUEVA

CHICLAYO – PERÚ

2024

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN/ABSTRACT

I. INTRODUCCIÓN	1
II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO	3
2.1 Anamnesis	3
2.1.1 Motivo de consulta	3
2.1.2 Enfermedad actual	3
2.1.3 Antecedentes	3
2.2 Examen clínico	4
2.3 Exámenes auxiliares	6
2.4 Diagnóstico	7
2.5 Plan de tratamiento	7
2.6 Evolución del tratamiento y alta	12
III. CONCLUSIÓN (aporte clínico)	14
IV. FUENTES DE INFORMACIÓN	15
ANEXOS	17

RESUMEN

Las enfermedades periodontales constituyen un conjunto de infecciones crónicas frecuentes que generan una respuesta inflamatoria intensa ante la microflora patógena presente en la boca, El tratamiento periodontal no quirúrgico es un enfoque eficaz para controlar la infección, disminuir la profundidad de la bolsa de sondaje (PPD) y lograr un nivel de inserción clínica (NIC) favorable. Un principio esencial de la prótesis dental contemporánea es que la rehabilitación protésica debe contribuir a la durabilidad estructural y biológica de la salud bucal, sin causar efectos adversos en los dientes naturales remanentes ni en la salud del periodonto. La caries dental representa un desafío significativo para la salud en muchos países desarrollados, donde un gran número de niños y adultos sufren de esta condición, El tratamiento convencional para la caries dental suele incluir procedimientos quirúrgicos y restaurativos. En este caso un paciente masculino de 58 años de edad, con nacionalidad peruana, lugar de nacimiento Chiclayo, tiene una enfermedad actual de caries dental, periodontitis, perdida de dientes, atrición excesiva de dientes. El manejo integral del paciente, que incluyó tratamiento periodontal, curaciones dentales y rehabilitación protésica, demuestra la importancia de un enfoque multidisciplinario y personalizado. Este abordaje permitió resolver las diversas patologías orales del paciente, mejorando su salud y función oral a largo plazo.

Palabras claves: Rehabilitación, caries dental, Desgaste dental, periodontitis.

ABSTRACT

Periodontal diseases constitute a set of frequent chronic infections that generate an intense inflammatory response to the pathogenic microflora present in the mouth. Non-surgical periodontal treatment is an effective approach to control infection, decrease probing pocket depth (PPD) and achieve a favorable clinical attachment level (NIC). An essential principle of contemporary dental prosthodontics is that prosthetic rehabilitation should contribute to the structural and biological durability of oral health, without causing adverse effects on the remaining natural teeth or the health of the periodontium. Dental caries represents a significant health challenge in many developed countries, where a large number of children and adults suffer from this condition. Conventional treatment for dental caries usually includes surgical and restorative procedures. In this case, a 58-year-old male patient, with Peruvian nationality, birthplace Chiclayo, has a current disease of dental caries, periodontitis, tooth loss, excessive tooth attrition. The comprehensive management of the patient, which included periodontal treatment, dental care and prosthetic rehabilitation, demonstrates the importance of a multidisciplinary and personalized approach. This approach allowed the resolution of the patient's various oral pathologies, improving his health and oral function in the long term.

Keywords: Rehabilitation, dental caries, Tooth wear, periodontitis.

CARLOS ROGELIO MILIAN MONDRAGON

REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE PACIENTE CON EXTRUSION Y PERIODONTO REDUCIDO, REPORTE DE CASO C

- Trabajos de Suficiencia Profesional
- My Files
- Universidad de San Martín de Porres

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid:::29427:413905591

Fecha de entrega
8 dic 2024, 3:35 p.m. GMT-5

Fecha de descarga
8 dic 2024, 3:47 p.m. GMT-5

Nombre de archivo
TSAPRO-1.PDF

Tamaño de archivo
3.0 MB

37 Páginas

3,963 Palabras

21,371 Caracteres

13% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Exclusiones

- N.º de fuente excluida
- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 7% Fuentes de Internet
- 0% Publicaciones
- 11% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

FIRMA: SANDRO RENATO NUÑEZ VILLANUEVA
COD. ORCI: 0000-0002-6742-2879

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades periodontales constituyen un conjunto de infecciones crónicas frecuentes que generan una respuesta inflamatoria intensa ante la microflora patógena presente en la boca¹. La periodontitis es una enfermedad inflamatoria crónica de origen multifactorial, relacionada con una biopelícula desequilibrada. Se caracteriza por la destrucción gradual de los tejidos que soportan el diente, lo que puede resultar en su pérdida. Aunque puede avanzar con síntomas como inflamación y sangrado, a menudo se le conoce como una enfermedad silenciosa². La periodontitis afecta la conexión del tejido conectivo y el hueso que sostiene los dientes, lo que puede resultar en movilidad dental y, eventualmente, en la pérdida de dientes^{3,4}. Una encuesta epidemiológica ha indicado que más del 50% de los adultos en el mundo padecen enfermedades periodontales⁵.

El tratamiento periodontal no quirúrgico es un enfoque eficaz para controlar la infección, disminuir la profundidad de la bolsa de sondaje (PPD) y recuperar, al menos parcialmente la pérdida de inserción clínica (NIC). Un adecuado control de la placa es fundamental para preservar la salud periodontal, y una revisión sistemática, sobre el comportamiento del cepillado dental apoya esta conclusión⁶. Un estudio de 11 años demostró que el cepillado dental se asociaba con una disminución en el número de dientes con bolsas periodontales. Hubo una clara relación dosis-respuesta entre la frecuencia del cepillado dental y el cambio en el número de dientes con $PPD \geq 4 \text{ mm}$ ⁷. El cepillado interdental diario o el uso de hilo dental han demostrado ser las técnicas más efectivas para disminuir las puntuaciones de placa y gingivitis, además de ser la opción preventiva más económica. El raspado y alisado radicular (RAR) es considerado el tratamiento no quirúrgico estándar para la periodontitis². Incluso es posible conservar y tratar dientes con destrucción periodontal significativa². La eliminación de la placa y el RAR pueden reducir el sangrado gingival al sondaje en aproximadamente un 45% de los sitios afectados. Tras el tratamiento no quirúrgico, las reducciones de la profundidad de la bolsa (PPD) varían entre 1 y 1,3 mm para bolsas con PPD inicial de 5 a 6 mm, y de 2 a 2,2 mm para PPD mayores de 7 mm, mientras que el nivel de inserción clínica (NIC) puede mejorar entre 0,5 y 2 mm. La terapia no quirúrgica

periodontal (NSPT) se puede implementar mediante enfoques convencionales en etapas o de manera integral^{2,8}.

Por otro lado, la prótesis parcial removible es la opción preferida para pacientes que requieren reemplazar dientes perdidos por motivos estéticos y funcionales, pero que no son candidatos para implantes debido a problemas de salud, restricciones económicas o temor a la cirugía⁹.

Un principio esencial de la prótesis dental contemporánea es que la rehabilitación protésica debe contribuir a la durabilidad estructural y biológica de la salud bucal, sin causar efectos adversos en los dientes naturales remanentes ni en la salud del periodonto. Varios factores relacionados con el tratamiento protésico, como antecedentes de enfermedades bucales, la edad del paciente y áreas retentivas adicionales, pueden aumentar el riesgo de acumulación de placa dental en quienes utilizan prótesis¹⁰.

Las citas de control y mantenimiento son fundamentales para los pacientes que utilizan prótesis parciales removibles o fijas, ya que ayudan a prevenir y abordar cualquier enfermedad dental que pueda afectar la salud de los dientes pilares y de los dientes naturales adyacentes, comprometiendo así su durabilidad¹¹.

El desgaste dental es una condición de origen multifactorial que resulta en la pérdida de los tejidos duros de los dientes, como el esmalte, la dentina y el cemento¹². La atrición dental se refiere a la pérdida de tejido mineralizado del diente provocada por el contacto entre los dientes. Si se identifica la causa del desgaste dental y se implementan las acciones adecuadas, su progresión puede ser controlada o incluso prevenida¹³. La atrición dental es un hallazgo clínico frecuente en niños y adultos, y su prevalencia tiende a aumentar con la edad. Se ha observado que esta prevalencia pasa del 3% a los 20 años al 17% a los 70 años. Se anticipa que el desgaste dental patológico aumentará a medida que la población envejezca y mantenga sus dientes durante más tiempo¹⁴.

La caries dental representa un desafío significativo para la salud en muchos países desarrollados, donde un gran número de niños y adultos la sufren¹⁵. Según el Estudio de la Carga Global de Enfermedades, la caries no tratada es la afección

más común entre las 291 enfermedades analizadas, afectando a 3.100 millones de personas (44%) en todo el mundo. Esto tiene un considerable efecto en la calidad de vida y genera altos gastos para individuos, familias y la sociedad en general¹⁶. La caries dental causa dolor e infecciones, siendo una de las principales razones de la pérdida de dientes. Esto impacta de manera negativa en la apariencia, la capacidad de masticar, la articulación del habla y las interacciones sociales, lo que puede conducir a una disminución de la autoestima y la calidad de vida. Además, la salud bucal está relacionada con la salud general, así como con la morbilidad y mortalidad en las personas mayores, siendo esencial para un envejecimiento saludable¹⁷. Gracias a una mayor concienciación sobre la salud dental y los progresos en el cuidado oral, muchas personas logran mantener sus dientes durante más tiempo. Sin embargo, una revisión sistemática reciente reveló que cerca de la mitad de los adultos mayores presenta caries dentales¹⁸.

El tratamiento convencional para la caries dental suele incluir procedimientos quirúrgicos y restaurativos. En casos avanzados, puede ser necesario realizar un tratamiento de conducto o extraer el diente afectado. Sin embargo, la caries es una enfermedad que se puede prevenir, y su avance puede ser detenido. Los dentistas emplean frecuentemente la terapia con flúor para prevenir y controlar las caries, lo que permite un enfoque más conservador que minimiza la pérdida de estructura dental y puede incluso evitar la necesidad de restauraciones, ayudando así a romper el ciclo de reparaciones repetidas y complicadas¹⁹.

II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1 Anamnesis

Paciente masculino de 58 años de edad, con nacionalidad peruana, lugar de nacimiento Chiclayo, religión católica, estado civil soltero, ocupación comerciante y residencia en Lambayeque.

2.1.1 Motivo de consulta

“Quiero una limpieza dental”

2.1.2 Enfermedad actual

El paciente presenta sangrado al cepillarse, halitosis. Indica tener dificultad para masticar debido a que su prótesis parcial removible provisional se encuentra en mal estado. Además, menciona que sus dientes han sufrido desgaste como resultado del uso de la prótesis provisional.

2.1.3 Antecedentes

Paciente refiere que su nacimiento fue a término, no ha sido hospitalizado en los últimos años. Actualmente refiere no estar tomando ningún medicamento, ni ser alérgico a alguno. Se realizó una prueba de ELISA. Refiere tener el hábito de tomar café y té.

En cuanto a los antecedentes quirúrgicos y familiares, refiere que no tiene antecedentes de diabetes e hipertensión en su familia.

Su última visita al odontólogo fue hace 6 años para realizarse una prótesis dental, no tuvo ninguna complicación.

Refiere cepillarse los dientes dos veces al día, no haber recibido instrucciones de cepillado, refiere usar un cepillo de cerdas mediano, no le sangran las encías, sin embargo, presenta hinchazón de encías y no aprieta los dientes.

2.2 Examen clínico

- Funciones vitales: PA: 120/80, FC: 70 X', FR:20, T°: 36.7. Sus signos vitales se encuentran en los valores normales.
- Presenta aparente buen estado general, aparente buen estado de nutrición y aparente buen estado de hidratación, se encuentra lucido y orientado en tiempo y espacio.
- Se le realizó el odontograma (Fig 1), en el cual se evidencia que el paciente presenta lesiones cariosas en esmalte en las piezas: 18,17,26,27,28,34. Presenta atrición antero inferior en las piezas: 44,43,42,41,31,32,33,34. Ausencia de las piezas: 16,15,14,12,11,21,22,25. Extrusión de la pieza 26. Presenta una prótesis removible provisional en mal estado en el maxilar superior.
- Según la clasificación de Kennedy su arcada superior es Clase III modificación 2.
- Su grado de apertura bucal es de 41 mm, la trayectoria de abre y cierre mandibular es derecha, no presenta ruidos funcionales ni dolor a la palpación muscular y articular.
- Su espacio en posición de reposo y espacio libre es de 38 mm, el espacio de su relación céntrica y espacio libre es de 28 mm, no tiene interferencias en la fase protusiva ni en las lateralidades.
- Presenta facetas de desgaste en las piezas 44,43,42,41,31,32,33.

2.3 Exámenes auxiliares

- Se le tomó una seriada de radiografías periapicales.
- En el estudio radiográfico específico, se presenció una reabsorción ósea leve, sin considerable pérdida ósea.
- En el estudio de modelos articulados, con el articulador cerrado no existen interferencias. Con el articulador abierto la arcada superior e inferior son de forma cuadrada. En el examen dinámico con los modelos articulados no presento

contactos interferentes, deslizamiento en céntrica, tampoco presentó contactos oclusales en la fase lateral derecha e izquierda.

2.4 Diagnóstico

- ✓ K020 Caries limitada al esmalte.
- ✓ K053 Periodontitis crónica. (ahora denominada periodontitis estadio II grado A)
- ✓ K030 Atrición excesiva de los dientes.
- ✓ K081 Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local.

De manera presuntiva se le diagnosticó caries dental, ya que presentaba cambios de coloración en el esmalte; periodontitis, ya que presentaba recesión gingival e hinchazón de encías; y atrición dental. Se le diagnóstico de manera definitiva, lesiones cariosas limitada al esmalte, periodontitis estadio II grado A, atrición excesiva del diente y pérdida dental. Para el diagnóstico de la caries dental se empleó el método visual en el cual se usa los criterios de cambios de coloración, presencia de cambios de opacidad, presencia de cambios de translucidez y presencia de cavidades. Para la detección de periodontitis se usó la sonda periodontal carolina del norte y radiografías periapicales en las cuales se presenciaba pérdida de hueso horizontal.

2.5 Plan de tratamiento

Fase I. Inicial o higiénica

- Instrucción de higiene oral, en el cual se le enseñó la técnica de cepillado de Bass modificada.
- Raspado y alisado supra e infra gingival y una profilaxis dental.

Fase II: Correctiva

- Exodoncia de la pieza 26 por extrusión.
- Restauraciones fotocurables por superficie con resina en las piezas cariadas.
- Prótesis parcial removible con base metálica en la arcada superior con apoyos en las piezas 13, 17,23,27.

Fase III: Mantenimiento

- Acudir al odontólogo cada 4 meses por año para una profilaxis dental y control de periodontitis.
- Objetivos del tratamiento

Mantenimiento de la estructura dental
Devolver la salud gingival y periodontal
Eliminar focos infecciosos
Mejorar función masticatoria

2.6 Evolución del tratamiento y alta

Al ingreso, el paciente se encontraba con periodontitis, lesiones cariosas y atrición dental antero inferior y pérdida de piezas dentales. Su evolución fue favorable ya que era un paciente colaborador.

- El 19/07/2022, se le realizó el llenado de la historia clínica y el odontograma, también se realizó el índice de O' Leary, en el cual tuvo un porcentaje de 66%, se realizó el destartraje y profilaxis dental, se le recomendó el uso de un cepillo de cerdas medias y un colutorio, también se le dio instrucciones sobre la higiene oral en el cual se le enseñó la técnica de cepillado de Bass modificada y el uso del hilo dental.
- El 02/08/2022, se realizó un control del índice de O' Leary en el cual el porcentaje fue menor 25%.

- 09/08/2022, se realizó el último control de O'Leary en el cual se llegó a un porcentaje de 13.3%.
- 16/08/2022, en la siguiente cita se realizó la exodoncia de la pieza 26, ya que se encontraba extruida.
- 06/09/2022, se tomó la impresión de modelos de estudio con alginato para la elaboración de la prótesis parcial removible (PPR), en ese mismo día se realizó el vaciado de impresión para modelos de estudio.
- 09/09/2022, en laboratorio, se realizó el duplicado del modelo de estudio y el encerado de diagnóstico.
- 13/09/2022, se citó al paciente para poder hacer su registro intermaxilar, se presentó al docente el diseño preliminar y se confeccionó la cubeta individual con el modelo duplicado, después de ello se le tomo la impresión definitiva al paciente con silicona de condensación (oranwash). En laboratorio, se hizo el vaciado del modelo de trabajo, con yeso tipo IV (Elite rock).
- 14/09/2022, se hizo el montaje de un ASA y se mostró el diseño definitivo de la PPR.
- 16/09/2022, se mandó a laboratorio para la elaboración de la estructura metálica.
- 28/09/2022, se realizó las restauraciones con resina de las piezas 23,13, 44,43,42,41,31,32,33,34.
- 19/10/2022, se hizo la prueba de estructura metálica y los registros intermaxilares con rodete en la estructura metálica.
- 16/11/2022, se realizó la prueba del enfilado y encerado de falsa encía, en el cual se le mostro al paciente y estuvo conforme.
- 19/11/2022, se hizo la instalación de la PPR, al día siguiente se citó al paciente para los ajustes.

- 26/11/2022, en la última cita, se hizo los últimos ajustes de la PPR. Dando así el alta al paciente.

III. CONCLUSIONES

- La rehabilitación con una prótesis parcial removible permitió restaurar la función masticatoria y la estética dental, compensando la pérdida de dientes. Este enfoque fue una solución adecuada para mejorar la calidad de vida del paciente, restaurando la capacidad de comer y hablar de manera eficiente.
- La atrición dental fue tratada mediante la restauración de la estructura dental perdida, lo que ayudó a mejorar la masticación y prevenir futuras complicaciones en la oclusión.
- El manejo integral del paciente, que incluyó tratamiento periodontal, curaciones dentales y rehabilitación protésica, demuestra la importancia de un enfoque multidisciplinario y personalizado. Este abordaje permitió resolver las diversas patologías orales del paciente, mejorando su salud y función oral a largo plazo.
- Con un adecuado control de la higiene oral y visitas regulares al dentista, el paciente tiene un pronóstico favorable en cuanto a la estabilidad periodontal, la durabilidad de las restauraciones y el mantenimiento de la prótesis parcial removible.
- Se sugiere realizar la rehabilitación del sector postero inferior ya que puede ocasionar problemas en la mordida y la estabilidad funcional. Si los dientes posteriores no están restaurados, la masticación puede ser ineficiente, lo que puede llevar a sobrecargar otras piezas dentales, especialmente en la arcada superior en donde ya se realizó la rehabilitación. Esto puede generar desgaste, dolor en la articulación temporomandibular (ATM) o alteraciones en la oclusión.

IV. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Dannewitz B, Holtfreter B, Eickholz P. Parodontitis – Therapie einer Volkskrankheit [Periodontitis-therapy of a widespread disease]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. (en línea) 2021 (acceso 14 setiembre 2024);64(8):931-940. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8264996/>
2. Fischer R, Lira R, Retamal B, Figueiredo C, Malheiros Z, Stewart B, Feres M. Periodontal disease and its impact on general health in Latin America. Section V: treatment of periodontitis. Braz Oral Res. (en línea) 2020(acceso 15 setiembre 2024);34(1):026. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32294679/>
3. Shen M, Li Z, Li H, Yan X, Feng B, Xu L. Association of periodontitis and tooth loss with extent of coronary atherosclerosis in patients with type 2 diabetes mellitus. Front Endocrinol (Lausanne). (en línea) 2023(acceso 17 setiembre 2024);14:1243992. Published 2023 Nov 23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10702216/>
4. Yamada S, Komiyama T, Ohi T, et al. Regular dental visits, periodontitis, tooth loss, and atherosclerosis: The Ohasama study. J Periodontal Res. (en línea) 2022(acceso 18 setiembre 2024);57(3):615-622. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9321748/>
5. Liu J, Ruan J, Weir MD, et al. Periodontal bone-ligament-cementum regeneration via scaffolds and stem cells. Cells. (en línea) 2019 (acceso 17 setiembre 2024);8(6):537. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31167434/>
6. Kalf-Scholte SM, Van der Weijden GA, Bakker E, Slot DE. Plaque removal with triple-headed vs single-headed manual toothbrushes a systematic review. Int J Dent Hig. (en línea) 2018(acceso 18 setiembre 2024) ;16(1):13-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/idh.12283>
7. Joshi S, Suominen AL, Knuuttila M, Bernabé E. Toothbrushing behaviour and periodontal pocketing: An 11-year longitudinal study. J Clin Periodontology (en línea) 2018(acceso 19 setiembre 2024); 45(2):196-203. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jcpe.12844>

8. Smiley CJ, Tracy SL, Abt E, Michalowicz BS, John MT, Gunsolley J, et al. Systematic review and meta-analysis on the nonsurgical treatment of chronic periodontitis by means of scaling and root planing with or without adjuncts. *J Am Dent Assoc* (em línea). 2015(acceso 15 setiembre 2024);146(7):508-24. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2015.01.028>
9. Melo Neto CLM, Turcio KH, Dos Santos DM, Goiato MC. Removable partial denture - functional impression techniques: Review. *Prague Med Rep.* (en línea) 2023 (acceso 21 setiembre 2024);124(4):380-391. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38069644/>
10. Elmahdi AA, Elagib MFA, Mohamed Ali AB, et al. Assessment of periodontal health among removable and fixed partial denture wearers in aseer region of Saudi Arabia. *Med Sci Monit.* (en línea) 2023(acceso 21setiembre 2024);29:940322. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37138499/>
11. Friel T, Waia S. Removable partial dentures for older adults. *Prim Dent J.* (en línea) 2020 (acceso 21 setiembre 2024);9(3):34-39. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32940586/>
12. Wetselaar P, Manfredini D, Ahlberg J, et al. Associations between tooth wear and dental sleep disorders: a narrative overview. *J Oral Rehabil.* (en línea) 2019 (acceso 19 setiembre 2024);46(8):765-775. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6852513/>
13. FDI World Dental Federation. Tooth Wear. *Int Dent J.* (en línea) 2024(acceso 20 setiembre 2024);74(1):163-164. doi:10.1016/j.identj.2023.10.007 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10829352/>
14. Warreth A, Abuhijleh E, Almaghribi MA, Mahwal G, Ashawish A. Tooth surface loss: a review of literature. *Saudi Dent J.* (en línea) 2020 (acceso 21 setiembre 2024);32(2):53-60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7016226/>
15. Sabharwal A, Stellrecht E, Scannapieco FA. Associations between dental caries and systemic diseases: a scoping review. *BMC Oral Health.* (en línea) 2021 (acceso 12 setiembre 2024);21(1):472. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8466895/>

16. Pitts N, Twetman S, Fisher J, Marsh PD. Understanding dental caries as a non-communicable disease. *Br Dent J.* (en línea) 2021 (acceso 12 setiembre 2024);231(12):749-753. doi:10.1038/s41415-021-3775-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8683371/>
17. Chan A, Tamrakar M, Jiang C, Tsang Y, Leung K, Chu C. Clinical evidence for professionally applied fluoride therapy to prevent and arrest dental caries in older adults: A systematic review. *J Dent.* (en línea) 2022(acceso 14 setiembre 2024);125:104273. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36058347/>
18. Chan A, Tamrakar M, Jiang M, Lo E, Leung K, Chu C. A Systematic review on caries status of older adults. *Int J Environ Res Public Health.* (en línea) 2021 (acceso 14 setiembre 2024);18:10662. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8535396/>
19. Ying A, Tamrakar M, Meng C, Cheung Y, Man K, Hung C. Clinical evidence for professionally applied fluoride therapy to prevent and arrest dental caries in older adults: a systematic review. *J Dent.* (en línea) 2022 (acceso 14 setiembre 2024); 125:104273. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2022.104273>



Fig. 2 Fotografías Extraorales frente, perfil y sonrisa



Fig. 3 Fotografías Intraorales



Fig. 4 Fotografías de la pieza 26 antes y después de la exodoncia



Fig. 5 modelos de estudios montados en ASA



Fig. 6 radiografía panorámica

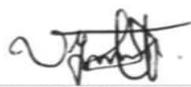
▪ **Paciente:** [REDACTED]
▪ **DNI:** [REDACTED]
▪ **Edad:** [REDACTED]
▪ **Sexo:** [REDACTED]
▪ **Doctor:** [REDACTED]
▪ **Fecha de adquisición:** [REDACTED]
▪ **Fecha de informe:** 22/07/2022

INFORME RADIOLÓGICO

A la evaluación de la radiografía panorámica, se observa:

1. Acentuación de la fosa pterigoidea en cóndilo mandibular derecho.
 2. Neumatización alveolar de senos maxilares.
 3. Engrosamiento de la mucosa basal antral bilateral.
 4. Imagen radiopaca proyectada en zona anterior maxilar derecha, cefálico a hueso alveolar correspondiente a pieza 12, a descartar osteoesclerosis vs exostosis.
 5. Imagen radiopaca de densidad ósea y forma irregular proyectada en cuerpo mandibular izquierdo, caudal a hueso alveolar correspondiente a pieza 36, a descartar osteoesclerosis vs lesión fibroósea vs mineralización de tejido blando. Se sugiere correlacionar con datos clínicos y ampliar estudio con radiografía periapical para mejor visualización.
 6. Reabsorción ósea leve del proceso dentoalveolar.
 7. Placa dental mineralizada generalizada.
 8. Edentulismo parcial superior e inferior.
 9. Atrición dentaria generalizada.
 10. Pieza 18: vertical. Segmento apical proyectado sobre piso de seno maxilar.
 11. Piezas 13, 23: lesión cariosa en cara libre.
 12. Piezas 26, 27, 34: material restaurador coronario.
 - Pieza 26: imagen radiolúcida proyectada sobre material restaurador, a descartar defecto de relleno vs cavidad.
 - Pieza 34: lesión cariosa recidivante.
-
13. Pieza 28: vertical. Segmento apical proyectado distante de piso de seno maxilar.
 14. A descartar remanente radicular intraóseo de pieza 38. Se sugiere ampliar estudio con radiografía periapical.
 15. Piezas 33, 43: cavidad incisal.
 16. Pieza 44: cavidad oclusal.

Atentamente



Mg. Esp. CD. Víctor E. Guzmán Zavaleta
Especialista en Radiología Bucal y Maxilofacial
C.O.P 32785 R.N.E 3100

Fig. 7 informe de radiografía panorámica



Fig. 8 diseño de PPR en modelo superior



Fig. 9 PPR acrilizada